

施設代表者等変更届

施設名：
_____代表者名：

1. 変更内容に○をしてください。

① 代表者名

② 施設名・住所・メールアドレス等

③ その他

2. 変更箇所のみご記入ください。

《 変更日 》		年	月	日	より変更
①	代表者名 (役職・氏名)	〈新〉			
		〈旧〉			
②	施設名	〈新〉			
		〈旧〉			
	(新)施設住所等				
	(新)メールアドレス				
③	その他				

大分県看護連盟 **FAX 097-574-7517**

【お問い合わせ先】 大分県看護連盟

〒870-0855 大分市豊饒二丁目7番1号 大分県看護研修会館

(TEL)097-574-7088 (FAX)097-574-7517

E-mail:oita-kanren@extra.ocn.ne.jp